



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
CONSELHO REGIONAL DE BIOMEDICINA – 6ª REGIÃO  
JURISDIÇÃO – PARANÁ

REQUERIMENTO DE ACESSO À RESOLUÇÃO CFBM N.255/15  
(Anexar cópia do documento de identidade e comprovante de residência)

\*Dados obrigatórios

1. Dados do requerente

Nome *		Nº do CRBM -6	
Naturalidade		Estado	
Estado Civil	Sexo * ( ) F ( ) M	Data de Nascimento *	
Nome do Pai		Nome da Mãe	
RG*	CPF*	Título de Eleitor	

2. Contatos

Endereço *		Cidade *
UF *	CEP *	Fone com DDD *
E-mail *		

3. Requer informação sobre ( ) Pessoa Física

Nome do Estabelecimento ou do (a) Biomédico (a) *		
Endereço do estabelecimento (se souber)		Cidade
UF	CEP	Fone com DDD
Solicitação: enquadramento na RESOLUÇÃO N. 255 art 1º ( ) art 2º ( ) art 3º ( ) art 4º ( )		
Motivo do pedido de informações: descrever *		
Em conformidade com o disposto nos artigos da resolução CFBM nº 255/15 disponível no site do CRBM-6 no link: <a href="http://crbm1.gov.br/novosite/wp-content/uploads/2013/12/RESOLU%C3%87%C3%83O-N%C2%BA-255.pdf">http://crbm1.gov.br/novosite/wp-content/uploads/2013/12/RESOLU%C3%87%C3%83O-N%C2%BA-255.pdf</a>		

O recebimento da informação será através do *e-mail* informado no item 2 deste formulário.

Local e data
--------------

Assinatura do interessado conforme documento de identidade em anexo